



Sistema de Intervención Temprana de Indiana First Steps

RESUMEN ENTREVISTA DE SALIDA

Numero de identificación de First Steps del niño o familia: _____

Condado de Residencia: _____

Nombre y teléfono del Coordinador de Servicio: _____

Fecha: _____

Esta encuesta se usa para saber como First Steps ayuda a los niños y a sus familias. Es una lista de revisión encuesta para documentar lo que el niño y su familia saben y pueden hacer como resultado de First Steps. Es una evaluación para saber cuan efectivo ha sido First Steps, NO una evaluación del progreso del niño o de su familia!

El Coordinador de Servicio trabajara con la familia y los proveedores de servicio que estén en el equipo de esa familia para completar esta encuesta. El Coordinador de servicios trabajara con todos los proveedores de servicio para completar la Sección 1: Aprendizaje y Desarrollo del niño. El Coordinador de Servicio se reunirá con la familia para completar la Sección 2: La Familia; y la Sección 3: niño, Hogar y comunidad.

Esta encuesta debe estar completa justamente antes de la transición de la familia del Sistema de Intervención Temprana First Steps. Se recomienda fuertemente que se complete durante la ultima reunión cara-a-cara en persona que el Coordinador de Servicio tenga con la familia. Esta encuesta puede y debe ser usada como parte de la "entrevista de salida" con la familia. Puede ser usada para revisar el progreso que se ha logrado durante el tiempo del niño y su familia en First Steps.

Esta Información es Confidencial. No será compartida con ningún otro programa. Solamente se utilizará para ayudar al Servicio de Intervención temprana First Steps a hacer un mejor trabajo para futuros niños y sus familias.

Se ha mudado desde que empezó First Steps?

No

Sí (Si marco este cuadro, favor llene la siguiente línea.)

Numero de Ident. original de First Steps: _____

Si existe un diagnóstico médico, favor cítelo aquí:

Firma del Padre o Encargado

Fecha

.....
Solamente Coordinador de Servicio

No se pudo completar el Resumen de Salida (Favor documente los intentos para programar la reunión entrevista de salida con la familia)

SECCION 1: Desarrollo del niño

Un resultado importante para First Steps es que **los niños aprendan importantes y esenciales habilidades de desarrollo**. Las preguntas en esta sección proporcionan un resumen del desarrollo y aprendizaje del niño. Los Profesionales que evaluaron al niño y tienen información precisa acerca del desarrollo del niño debe completar esta sección. Por favor responda a todas las preguntas con exactitud.

1. **Cual es el nivel de desarrollo actual del niño?** Favor marque el cuadro indicando la edad desarrollada en meses para cada área. Si el niño tiene atraso en cierta área, por favor marque si se necesitan o recomiendan servicios especializados después de First Steps.

área de Desarrollo	Niveles de Desarrollo							Se recomiendan servicios especializados después de First Steps?
	1-3 meses	3-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	19-24 meses	25-30 meses	31-36 meses	
1.1. COGNITIVO	<input type="checkbox"/>							
1.2. DESARROLLO FISICO. ¹	<input type="checkbox"/>							
1.3. COMUNICACION	<input type="checkbox"/>							
1.4. SOCIO/EMOTIVO	<input type="checkbox"/>							
1.5. ADAPTIVA/AYUDA PROPIA	<input type="checkbox"/>							

2. **Como fue determinado el nivel actual de desarrollo del niño?** Para cada área de desarrollo, favor marque el cuadro que mejor indique como fue determinado el nivel de desarrollo (arriba) del niño.

área de Desarrollo	Evaluaciones			
	Observación Estructurada	Aprobadas por el Estado_	Otras Evaluaciones_	Reporte de los Padres
2.1. COGNITIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. DESARROLLO FISICO. ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. COMUNICACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. SOCIO/EMOTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. ADAPTIVA/AYUDA PROPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Desarrollo Físico se determina como habilidades motoras, visión y oído.

² Evaluaciones Aprobadas por el Estado: Developmental Programming for Infants and Young Children, Hawaii Early Learning Profile, The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs, 2nd ed., and the Assessment, Evaluation, and Programming System for Infants and Children

³ Otras evaluaciones incluyen herramientas de evaluación usadas por terapeutas físicos, ocupacionales, de habla y lenguaje, y otros terapeutas que no sean Terapeutas de Desarrollo

3. **Cuales habilidades de desarrollo importantes esta desempeñando el niño actualmente ?** Esta es una lista de acontecimientos del desarrollo. Favor indique si el niño es capaz de ejecutar las siguientes habilidades. Favor marque "Sí" cuando las ejecuta sin ayuda, "Con Ayuda" si el necesita ayuda, o "No" si su hijo(a) no puede ejecutar esta habilidad.

Habilidades motora (grande): se sienta, mueve alrededor, y juega juegos físicos	No	Con Ayuda	Sí
Mantiene su cabeza firme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da vuelta acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gatea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé jala o tira de algo para ponerse de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sube y baja gradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina cargando juguetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades motora (fina): Extiende sus brazos para alcanzar y agarrar juguetes u objetos para jugar	No	Con Ayuda	Sí
Alarga las manos hacia una persona u objeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarra objetos grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarra objetos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raya papel con crayolas, lápiz, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé desabrocha su ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega con juguetes / objetos en forma coordinada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades Comunicativas: comprende a otros y expresa sus propios pensamientos	No	Con Ayuda	Sí
Mira hacia las caras o sonidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonríe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balucea (no dice palabras todavía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa gestos para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende "no" + nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa palabras para pedir cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprende instrucciones simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa oraciones simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicia o continua conversaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades Socio-Emotivas: desarrolla relaciones sociales positivas	No	Con Ayuda	Sí
Responde a la interacción de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata de llamar la atención de adultos con movimientos o vocalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega solo por tiempos cortos (10-15 min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicia y mantiene juegos sociales positivos con otros niños y adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resuelve problemas al interactuar con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades Cognitiva y Aprendizaje: adquiere conocimiento y resuelve problemas	No	Con Ayuda	Sí
Responde a estímulos de los sentidos (ruido, luz, tacto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imitar juegos de manos como hacer tortillitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca juguetes en lugares familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega juegos imaginarios simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede contar lo que se dijo o sucedió anteriormente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconoce su nombre escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habilidades Adaptivas: se alimenta, baña, viste, y usa el inodoro solo.	No	Con Ayuda	Sí
Toma de su biberón o pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera lavándose a la hora del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera al vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé quita la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa utensilios para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisa cuando necesita ir al inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 2: LA FAMILIA

Un numero importante de resultados enfocan en la familia del niño. Entre ellos se incluye ayudar a la familia a:

- **trabajar con el equipo de First Steps para apoyar el desarrollo de su hijo(a);**
- **conocer sus derechos y ser fuertes defensores de su hijo(a) y familia;**
- **mantener a su hijo(a) y demás miembros de la familia a salvo y saludables; y**
- **conectarse a otras familias y asociaciones comunitarias en momentos de necesidad emocional.**

Las preguntas en esta sección proporcionan un resumen de la información y habilidades que la familia pueda haber adquirido durante el tiempo que su hijo(a) participo en First Steps.

4. Aumentando el aprendizaje y desarrollo de mi hijo(a). Al terminar First Steps ...	Sí, casi siempre	Algunas veces	No, a menudo
4.1. Yo me siento capaz de apoyar el aprendizaje y desarrollo de mi hijo(a) en las áreas de:			
a. Habilidad COMUNICATIVA- comprender a otros, expresar sus propios pensamientos y mantener conversaciones simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Habilidad COGNITIVA- adquirir nuevos conocimientos, resolver problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Habilidad MOTORA GRUESA- sentarse, moverse alrededor, y jugar juegos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Habilidad MOTORA FINA- Extiende sus brazos para alcanzar y agarrar juguetes u objetos para jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Habilidad SOCIO EMOCIONAL- desarrollar relaciones sociales positivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Habilidad ADAPTIVA -se alimenta, baña, viste, y usa el inodoro solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Yo comprendo las necesidades especiales de mi hijo(a) y como afectan su desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Yo sé que juguetes y libros son adecuados para la edad de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Yo sé como manejar las rabietas temperamentales u otros comportamientos que me molestan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Sé como enseñar a mi hijo(a) a usar el inodoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Sé como hablar y jugar con mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Sé como ayudar a mi hijo(a) a desarrollar buenos hábitos de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Sé como darle oportunidades a mi hijo(a) para que juegue con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Apoyando la salud, seguridad, y nutrición del niño. Al dejar First Steps ...

	Sí	No
5.1. Mi hijo(a) visita regularmente a un medico para chequeos o cuando esta enfermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Yo sé cuando mi hijo(a) necesita sus vacunas de inmunización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. Mi hijo(a) esta al día con sus vacunas de inmunización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. Mí familia tiene un adecuado seguro y cobertura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. Sé como alimentar a mi hijo(a) para que tenga comidas balanceadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. Mi hijo(a) come bien y tiene una dieta balaceada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. Yo estoy enterado de las medidas comunes de seguridad en el hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8. Yo sé de los siguientes programas que me pueden ayudar a mantener a mi hijo(a) seguro y saludable:		
a. WIC (Women, Infants, and Children)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicare and SSI (Supplemental Security Income)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hoosier Healthwise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. CSHCS (Children's Special Health Care Services)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Conociendo lo que puedo hacer como miembro del equipo First Steps. Al dejar First Steps ...

	Sí	No
6.1. Yo sé y entiendo el propósito de la valoración y continua evaluación de mi hijo(a) y de mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Yo sé que puedo compartir información acerca de mi hijo(a) y de mi familia como parte de la evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. Yo compartí información acerca de mi hijo(a) y de mi familia como parte de la evaluación anterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. Yo conozco y comprendo los propósitos acerca del (IFSP) Plan Individualizado de Servicio de Familia, y de las reuniones para desarrollarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. Yo sé que puedo compartir los resultados y servicios que me parezcan importantes para el IFSP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6. Yo sé que puedo /no puedo estar de acuerdo con las recomendaciones hechas por otros miembros del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7. En la última reunión de IFSP, Yo compartí los resultados de lo que quería que ocurriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8. En la última reunión de IFSP, Yo exprese mi acuerdo con las recomendaciones hechas por el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9. En la última reunión de IFSP, Yo exprese mi desacuerdo con las recomendaciones hechas por el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10. Yo sé que hay cosas que puedo hacer en mi casa para llevar a cabo las recomendaciones hechas por otros miembros del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11. Yo estoy haciendo cosas en mi casa que son parte del IFSP y de las recomendaciones del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Conozco mis derechos y como ser un fuerte defensor para mi hijo(a) y mi familia. Al dejar First Steps ...	Sí	No
7.1. Yo sé y comprendo mis derechos bajo First Steps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Yo sé que puedo defender a mi hijo(a) o familia de varias formas incluyendo		
a. Compartiendo mis preocupaciones, necesidades, prioridades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Escogiendo los servicios o proveedores que creo que necesitamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Agregar, cambiar, o detener servicios o proveedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rehusar permiso para servicios o actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. Si estoy en desacuerdo con mis proveedores, yo puedo trabajar en conjunto con ellos para encontrar una solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. En los últimos 3 meses he estado en desacuerdo con al menos uno de los proveedores de servicio de mi hijo(a) y familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5. Si hubo un desacuerdo con algún proveedor de servicio, Yo sentí que pude trabajar en conjunto para resolver el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Relacionándose con otras familias, asociaciones y organizaciones comunitarias, para información y apoyo. Al dejar First Steps ...	Sí, casi siempre	Algunas veces	No, a menudo
8.1 Yo tengo información y recursos para cumplir con mi familia en			
a. Necesidades para transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Necesidades de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Necesidades de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Necesidades de educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Cuando necesite información o apoyo emocional, se que puedo contactar a:			
a. Amigos u otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de cuidado al niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Otras familias con hijo(a) s de necesidades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Grupos o asociaciones de apoyo familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Agencias formales de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. En los últimos 3 meses, yo he contactado a otras familias o soportes comunitarios para información o apoyo emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 3: NIÑO, HOGAR, Y COMUNIDAD

El segundo resultado importante de First Steps es que **los niños participen y sean incluidos completamente en actividades diarias, entornos, y rutinas en el hogar y la comunidad.** Las preguntas en esta sección proporcionan un resumen de la participación en el hogar y escenarios comunitarios.

9. Mi hijo(a) es capaz de completar las siguientes rutinas exitosamente:		No puede	Sí, con ayuda	Sí, sin ayuda
9.1	Levantarse en la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Vestirse y desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Horas de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Hora de jugar adentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Hora de jugar afuera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Interactuar con hermanos y otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Participar en juegos y actividades familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Hora de siesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	Usar el inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Alistarse para salir de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11	Acostarse en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12	Otros (Favor cite otras rutinas del hogar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. En las últimas 2 semanas mi hijo(a) ha participado en las siguientes actividades en la comunidad:		No hacemos esto	Sí, una vez	Sí, mas de una vez	Nos cuesta hacer esto	Marque si First Steps puede ayudar
10.1	Comprar comida	<input type="checkbox"/>				
10.2	Comprar otras cosas	<input type="checkbox"/>				
10.3	Visitar amigos, parientes, o vecinos	<input type="checkbox"/>				
10.4	Salir a comer	<input type="checkbox"/>				
10.5	Asistir a la Iglesia / templo servicios religiosos	<input type="checkbox"/>				
10.6	Grupos de juegos de niños pequeños	<input type="checkbox"/>				
10.7	Familia / hogar de cuidado al niño	<input type="checkbox"/>				
10.8	Centro de cuidado al niño	<input type="checkbox"/>				
10.9	Centro de cuidado al niño para niños de cuidados especiales	<input type="checkbox"/>				
10.10	Head Start	<input type="checkbox"/>				
10.11	Actividades comunitarias con otros niños (eje., biblioteca, YMCA)	<input type="checkbox"/>				
10.12	Día de descanso de la madre	<input type="checkbox"/>				
10.13	Asistir a un evento comunitario con algún miembro de la familia	<input type="checkbox"/>				
10.14	Otros (Favor cite otras escenas comunitarias):	<input type="checkbox"/>				

11. En el último mes, he tenido las siguientes experiencias con cuidado al niño y otros programas comunitarios para mi hijo(a)		No Aplica	Sí	No	No estoy seguro
11.1	El prog. cuid. al niño han dado la bienvenida e incluido a mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	El prog. cuid. al niño proporciona cuidado seguro y sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	El prog. cuid. al niño cumple las necesidades indiv. de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. En el último mes, he tenido las siguientes experiencias con cuidado al niño y otros programas comunitarios para mi hijo(a)

	No Aplica	Sí	No	No estoy seguro
11.4 Actividades y prog. comunitarios para niños peq.(eje., YMCA, prog. de lectura en biblioteca, natación) han dado la bienvenida e incluido a mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCION 4: SALIENDO DE FIRST STEPS

Otro resultado importante de First Steps es que los niños y sus familias tengan transiciones exitosas al salir de First Steps y entrar a programas comunitarios y servicios apropiados. Las preguntas en esta sección nos dan una idea de como se sintió usted y su familia con el proceso de transición.

12. A que se debe la transición de salir de First Steps? (Favor marque uno)

- Nuestro hijo(a) ya no necesita First Steps.
- Nosotros hemos decidido buscar servicios en otro lugar.
- Nuestro hijo(a) tiene tres años.

13. Ha tenido usted una reunión para planear la transición de salida de First Steps?

<input type="checkbox"/>	Sí, 90 días o mas antes del tercer cumpleaños (o en la fecha que sale de First Steps).
<input type="checkbox"/>	Sí, menos de 90 días antes del tercer cumpleaños (o en la fecha que sale de First Steps).
<input type="checkbox"/>	No.

14. Si su hijo(a) cumple 3 años Y usted respondió "No" a la pregunta 13, porque NO ocurrió esta reunión? (continúe a la siguiente pregunta si su hijo(a) no cumple 3 años)

<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) no participaba en First Steps hasta después de haber pasado esa fecha.
<input type="checkbox"/>	Yo elegí esperar a que se acercara su tercer cumpleaños
<input type="checkbox"/>	Yo no sabia.
<input type="checkbox"/>	Yo elegí no tener una reunión de transición.

15. Al dejar first steps usted y su familia, que elecciones ha tomado para su hijo(a)? Marque todos los que apliquen.

	Sí	No
15.1 Mi hijo(a) continuara asistiendo a el centro de cuidado al niño o pre-escuela a la que ha estado asistiendo hasta este momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2 Mi hijo(a) recibirá terapia de un hospital, clínica o terapeuta privado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3 Mi hijo(a) asistirá a un programa de Head Start.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4 (Si usted marco "S" a cualquiera de las opciones de arriba) Un representante de ese programa asistió a nuestra reunión de transición de 90-días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5 Mi hijo(a) será matriculado en el programa de escuelas publicas Early Childhood Special Education program (si cumple 3 años).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6 Mi hijo(a) asistirá a un centro de cuidado al niño o pre-escuela y recibirá terapia del sistema educativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7 Mi hijo(a) continuara quedándose en casa con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8 First Steps me ha proporcionado la información que necesito para elegir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted marco "Sí" a los números 15.5 o15.6, favor contestar esta ultima sección.

16. Si su hijo(a) va a ser matriculado en el programa de escuelas publicas Early Childhood Special Education program, le sucedió lo siguiente?

	Sí	No
16.1 El distrito escolar fue notificado acerca de nuestro hijo(a) durante su 18 mes de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 Se le dio mas información al distrito escolar acerca de nuestro hijo(a) durante su 30 mes de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 El distrito escolar fue invitado a nuestra reunión de transición de 90 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4 El distrito escolar envió un representante a nuestra reunión de transición de 90 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5 Se hizo o programó una evaluación. (Fecha de la evaluación _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6 Se hizo o programó una reunión IEP. (Fecha de la evaluación _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>